Rok XLVII. Kraków, dnia 26. września 1908. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z polikliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Nowe spostrzeżenia w dziedzinie zaburzeń czucia w niektórych chorobach nerwowych.

Podał

Prof. Dr Jan Piltz.

(Doniesienie tymczasowe).

Od czasu otwarcia polikliniki chorób nerwowych w Uniwersytecie Jagiellońskim miałem możność śledzić dużą ilość organicznych chorób nerwowych. Zrobiłem przy tej sposobności pewne spostrzeżenia, które, o ile z dostępnej mi literatury mogę sądzić, dotychczas jeszcze nie są znane. Nie mając obecnie czasu na wyczerpujące opracowanie tych spostrzeżeń, spieszę podać przynajmniej krótką o nich wzmiankę.

Spostrzeżenia moje dotyczą zaburzeń czucia przy jamistości rdzenia *(syringomyelia)*, wiądzie *(tabes dorsalis)*, zapaleniu wielu nerwów *(polyneuritis)*, zapaleniu nerwów *(neuritis)*, połowiczem porażeniu *(hemiplegia)*, rwie kulszowej *(ischias)* i stwardnieniu rozsianem *(sclerosis disseminata)*.

Jamistość rdzenia *(syringomyelia)*. We wszystkich prawie obserwowanych przypadkach oprócz zwykłej dissocyacyi, niesłusznie syringomyelityczną zwanej, polegającej na zaburzeniach w dziedzinie czucia bólowego i termicznego przy zachowanem czuciu dotykowem, znajdowałem w dziedzinie czucia bólowego i termicznego między innemi zupełną dissocyacyę, czyli rozszczepienie czucia bólowego, czucia na zimno i czucia na ciepło, a mianowicie w ten sposób, że powierzchnia ciała, w której istniało upośledzenie czucia bólowego zupełnie była i co do wielkości i co do kształtu swego inną od powierzchni ciała, w której istniało upośledzenie czucia na zimno, a ta ostatnia była znów inną od powierzchni, w której istniało upośledzenie czucia na ciepło. Wskutek tego te 3 powierzchnie nie pokrywały się wzajemnie, granice ich rozbiegały i częstokroć przecinały się wzajemnie. Prócz tego stopień upośledzenia czucia na ból, ciepło i zimno był u nich zazwyczaj zupełnie różny.

Przy szczegółowem badaniu otrzymywałem w obrębie każdej z tych 3 wymienionych powierzchni tyle szczegółów, że niepodobna było badać równocześnie na wszystkie trzy rodzaje czucia. To też zwykle badałem każdy rodzaj czucia oddzielnie i dopiero po wrysowaniu znalezionych zaburzeń czucia, zaznaczonych dermografem na ciele chorego, na odpowiedni schemat, przystępowałem do badania innego rodzaju czucia. Przy tej sposobności zaraz nadmienić muszę, że badanie jednego rodzaju czucia wymagało zwykle mniejwięcej od 8 do 10 godzin czasu. Badając w ten sposób przekonałem się, że prawie we wszystkich przypadkach istnieją obok t. zw. korzonkowych, czyli radykularnych tak zwane »centralne«, czyli »peryferyczne« zaburzenia czucia.

»Centralny« typ zaburzeń czucia — inni autorowie nazywają ten właśnie ten typ »peryferycznym« — obserwował przy jamistości rdzenia pierwszy Charcot. Po nim opisywali to samo Parmentier, Debove, Souques, Gille de la Taurette, Zaguelman, Brissaud, Raymond, Brühl, Critzmann, Miller, Meder, Hatschek, Aneyrat i Crétien i inni.

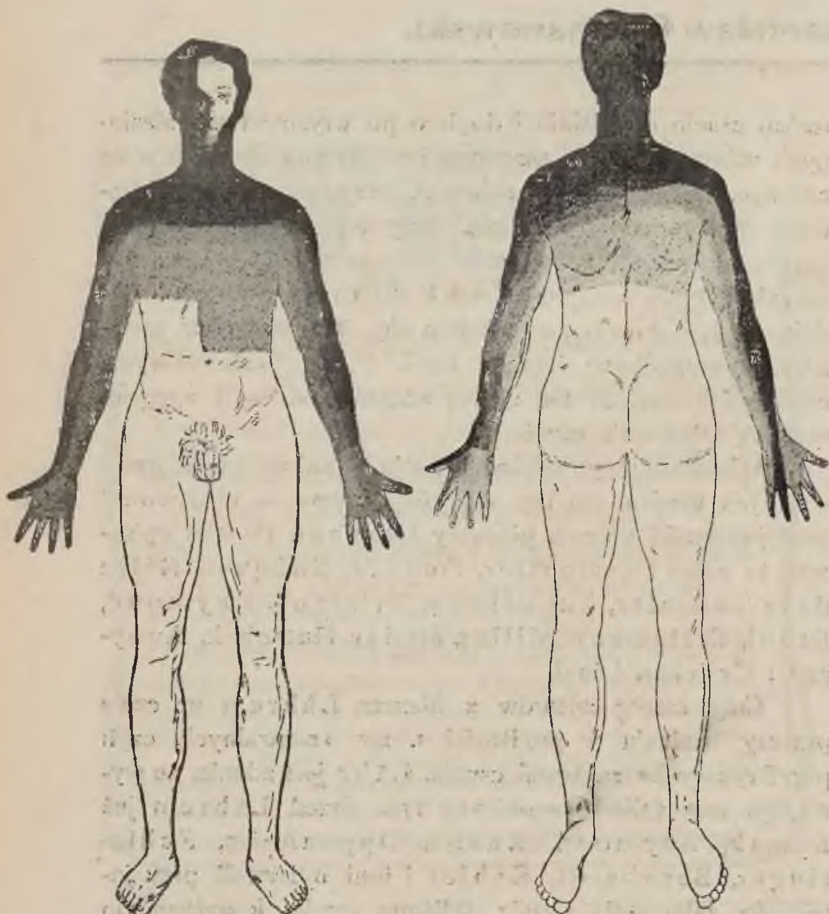
Cały szereg autorów z Maxem Lährem na czele przeczy istnieniu w jamistości t. zw. »centralnych, czyli peryferycznych« zaburzeń czucia. Lähr jest zdania, że występuje tam tylko korzonkowy typ. Przed Lährem już Remak, Raymond, Runge, Oppenheim, Schlesinger, Bernhardt, Kahler i inni opisywali przy jamistości zaburzenia czucia zbliżone swoim kształtem do typu korzonkowego. Korzonkowe zaburzenia czucia opisywali dalej Hahn, Dejerine, Leyden i Goldscheider, Oppenheim, von Sölder, Van Gehuchten, Huët i Guillan, Huët i Céstan, Ferranini, Fargues i inni.

Huët i Guillain są zdania, że zaburzenia czucia w syringomyelii mają już od samego początku choroby stale typ korzonkowy. Dejerine i Schlesinger zaś piszą, że w początkowych okresach choroby spotykali właśnie typ »centralny (peryferyczny«). Niektórzy autorowie śledzili przy jamistści rdzenia jużto »centralny peryferyczny«), jużto korzonkowy typ zaburzeń czucia, jak n. p. Knapp i Schlesinger. Według Hahna i Schlesingera typ korzonkowy przeważa; zdarzają się jednak i formy mieszane, przejściowe, gdzie typ »centralny (peryferyczny«) występuje na tle korzonkowego, czyli radykularnego lub w obrębie topografii radykularnej.

Prawie we wszystkich śledzonych przezemnie przypadkach jamistości rdzenia udało mi się wyodrębnić na tułowiu cały szereg pierścieni, a na kończynach kilka podłużnych pasów, w których stopień nasilenia zaburzenia czucia był

rozmaity. Niekiedy ilość tych pierścieni i pasów i ich ułożenie (topografia) przypominały schematy Thorburna lub Kochera. Częściej jednak na kończynach granice poszczególnych pasów odbiegały od granic podanych w tych schematach.

Podłużne pasy na kończynach przebiegały przeważnie w sposób zupełnie nieprawidłowy i często wężowato naokoło osi kończyny, ukośnie przecinając poszczególne *radicula*, t. j. pola unerwienia oddzielnych korzonków, a więc wkraczając w obręb unerwienia kilku korzonków i zajmując zaledwie tylko małe ich części. Schlesinger wspomina, że w jednym jego przypadku pas radykularny upośledzenia czucia przebiegał na kończynie wężowato. Otóż ja na podstawie własnych spostrzeżeń przychodzę do przekonania, że ściśle biorąc w syringomyelii zaburzenia czucia (t. zw. korzonkowe, czyli radykularne) wcale nie są radykularne, gdyż nie trzymają się granic poszczególnych pól unerwienia skóry przez poszczególne korzonki.



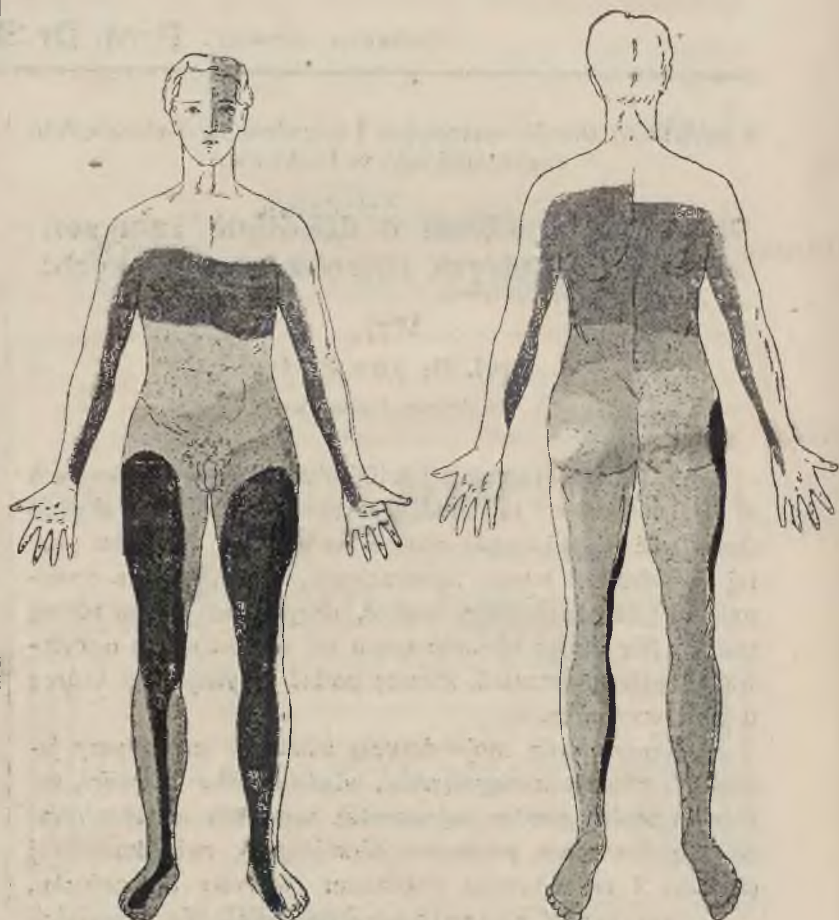
Rycina 1. J. W. *Syringomyelia.* Zaburzenia czucia bólowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

Obok tych podłużnych niejako radykularnych pasów znajdowałem na kończynach w większości przypadków pasy lub pierścienie ułożone prostopadle do osi kończyn, których dolne i górne granice przedstawiały linie proste, łamane lub faliste.

Te pasy, czy pierścienie poprzeczne przecinają pod rozmaitymi kątami opisane podłużne t. zw. radykularne pasy tak, że ogólny obraz zaburzeń czucia na kończynach składa się z całego szeregu pól mniej lub więcej czworobocznych w różnym stopniu pod względem czucia upośledzonych. Pola te są z boków odgraniczone pasami podłużnymi, a z góry i z dołu pasami poprzecznymi.

W ten sposób każdy t. zw. radykularny podłużny pas jest kilkakrotnie poprzecznie przedzielony i w jego obrębie czucie jest na rozmaitych wysokościach w różnym stopniu upośledzone. Na ogół biorąc, czworoboki, leżące bliżej obwodu kończyn, wykazują znaczniejsze upośledzenie czucia, niż czworoboki leżące bliżej środka. Często zdarza się jednak i tak, że czworobok, leżący bliżej tułowia, przedstawia silniejszy stopień upośledzenia czucia, niż czworoboki leżące bliżej obwodu kończyny (patrz ryc. 1).

Dla uzupełnienia dodać tutaj jeszcze muszę, że rozszczepienie czucia bólowego, czucia na ciepło i czucia na



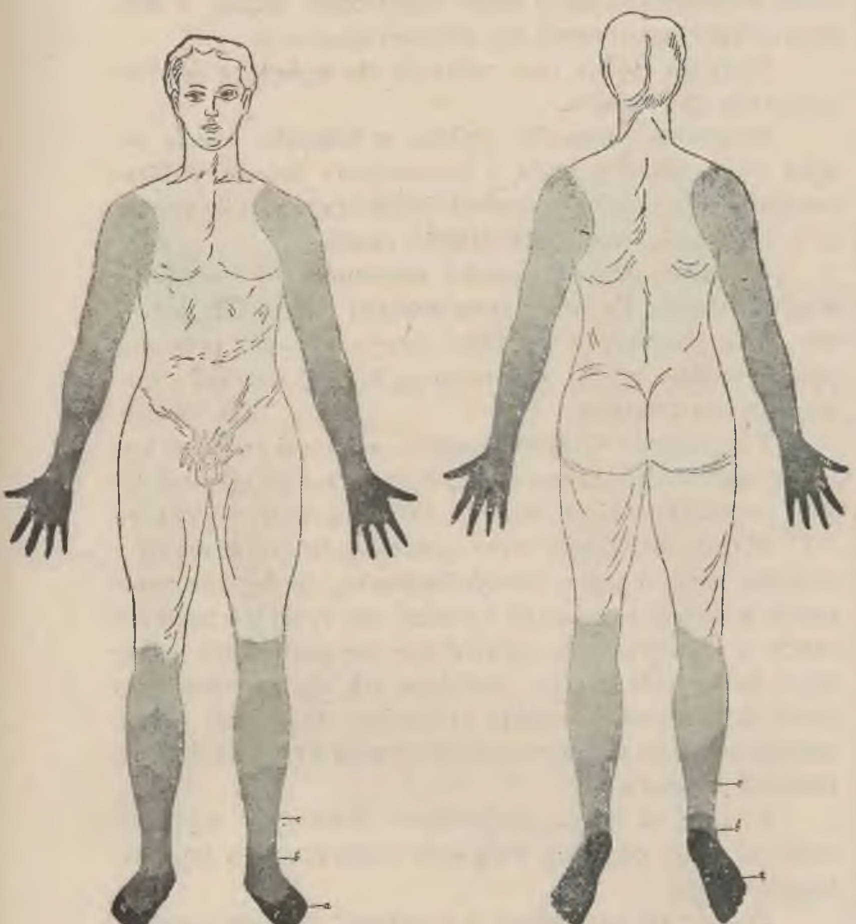
Rycina 2. J. K. *Tabes dorsalis.* Zaburzenia czucia dotykowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

zimno obserwowałem nietylko, jak to już wyżej zaznaczyłem, odnośnie do granic tych powierzchni skóry, w obrębie których czucie na ból, na ciepło i na zimno było upośledzone, ale że takie samo rozszczepienie spostrzegałem zawsze i odnośnie do t. zw. radykularnych i odnośnie do t. zw. »centralnych, t. j. peryferycznych« zaburzeń czucia.

Jak silne bywają nieraz bóle przy jamistości, o tem świadczy przypadek śledzony u nas przed 2 laty. Chory O., u którego na górnych kończynach i na klatce piersiowej istniała *thermoanaesthesia* i *analgesia*, z powodu szalonych bolów w okolicy łopatek najpierw przykładał sobie obwiniętą w szmaty rozpaloną cegłę — wskutek czego powypadały mu kawałki ciała zwęglone — a później, nie mogąc dalej tych bolów znosić, próbował sobie odebrać życie, tak iż trzeba go było umieścić na oddziale dla umysłowo chorych.

Wiąd rdzenia *(tabes dorsalis).* Z opisywanych dotąd zaburzeń czucia spostrzeganych u tabetyków wnosićby można, że zaburzenia czucia we wiądzie obejmują zwykle

w sposób jednostajny dość znaczną powierzchnię ciała, i że stopień upośledzenia czucia na całej tej przestrzeni jest jednakowy, tak że tylko ewentualnie górna lub dolna granica tej upośledzonej powierzchni ciała przypomina topografię radykularną. To też rysunki ilustrujące zaburzenia czucia w przypadkach wiądu przedstawiają się zazwyczaj w ten sposób, że cała powierzchnia ciała na schemacie, poczynając n. p. na kończynach od górnej (właściwie bocznej granicy C_8 i D_1 i na tułowiu od D_2 i D_3 aż do samego dołu zatuszowana jest w jednostajny sposób, ażeby uwydatnić, że czucie od tej górnej granicy w dół jest wszę-



Rycina 3. *Polyneuritis.* Zaburzenia czucia dotykowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

dzie jednostajnie upośledzone. Badając szczegółowiej zaburzenia czucia u tabetyków przekonałem się, że zazwyczaj na kończynach dają się wyodrębnić poszczególne pasy podłużne o rozmaitym stopniu upośledzenia czucia, i że ilość tych pasów nieraz odpowiada ilości korzonków, czyli że w pasach unerwienia poszczególnych korzonków spotykamy różny stopień upośledzenia czucia (patrz ryc. 2).

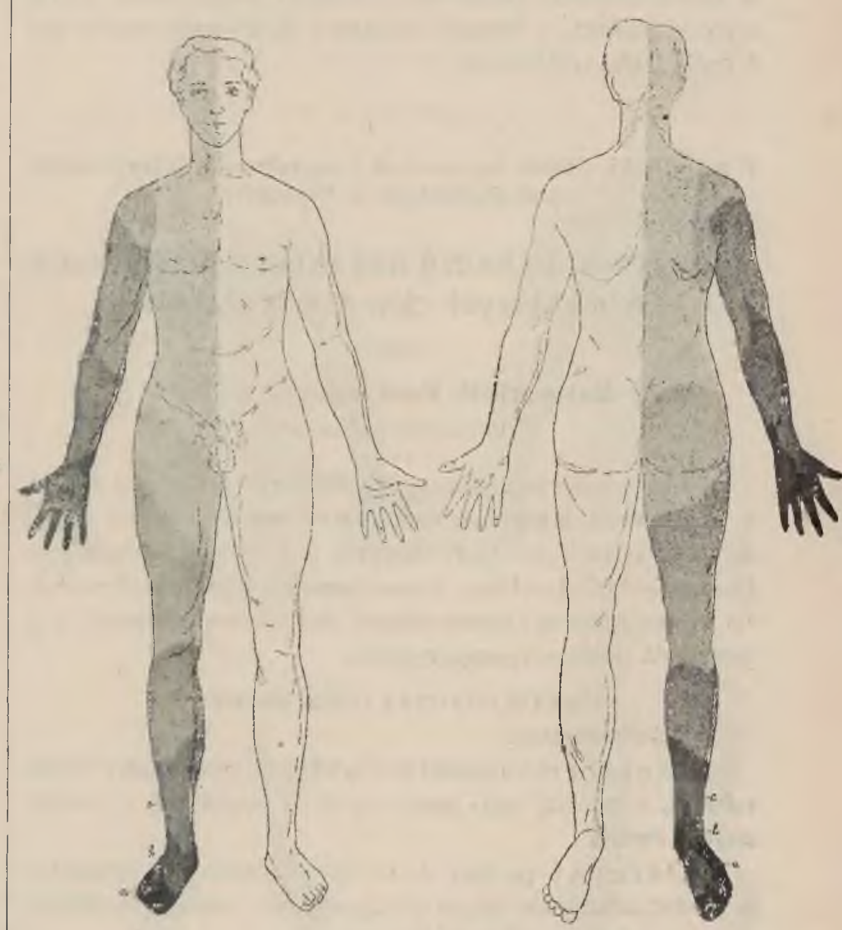
Te badania u tabetyków odnoszą się przeważnie do zaburzeń czucia dotykowego.

Jedynie Lähr, Dejerine, Fraenkel i Förster podają w swoich pracach podobne nieco wyniki badań. Moje badania jednak wykazują, że takie niejednakowe zachowywanie się poszczególnych pól unerwianych przez poszczególne korzonki *(radicula)* jest raczej regułą we wiądzie.

Zapalenie wielu nerwów *(polyneuritis).* Dotychczas przy polyneuritis spostrzegane zaburzenia czucia opisywali autorowie w sposób następujący: upośledzenie czucia na obwodzie kończyn było najgłębsze i stopniowo się zmniejszało ku środkowi. Otóż szczegółowe badania czucia w 2 przypadkach tego zapalenia wykazały:

1) że zmniejszanie się stopnia upośledzenia czucia w kierunku od obwodu ku środkowi nie odbywa się stopniowo jednostajne, a tylko że daje się wyodrębnić cały szereg dość szerokich poprzecznych pasów, czy pierścieni ponad sobą ułożonych, w obrębie których stopień upośledzenia czucia jest jeden i ten sam, że jednak pasy, czy pierścienie, leżące bardziej na obwodzie, są więcej upośledzone, niż pasy, czy pierścienie leżące bliżej tułowia (ryc. 3);

2) że na granicy tych poprzecznych pasów lub pier-



Rycina 4. *Hemiplegia.* Zaburzenia czucia dotykowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

ścieni zauważyć się daje rozszczepienie czucia, dotyku, bolu, czucia na ciepło i na zimno, a że więc te oddzielne poprzeczne pierścienie z osłabionym czuciem dotyku, bolu, ciepła i zimna wzajemnie się nie pokrywają.

Porażenie połowicze *(hemiplegia).* W przypadkach połowiczego porażenia z *hemihypaestezyą* spostrzegałem na kończynach prawie zawsze zupełnie podobny rodzaj zaburzenia czucia, jak ten, który opisałem przy zapaleniu wielu nerwów (polyneuritis) z tą tylko różnicą, że występował on tylko na kończynach porażonych (patrz ryc. 4).

Zapalenie nerwu *(neuritis).* We wszystkich prawie bez wyjątku przypadkach porażenia nerwów obwodowych z zaburzeniami czucia spostrzegałem na granicy zniesczulenia lub osłabienia czucia stale rozszczepienie czucia na dotyk, na ból, na zimno i na ciepło, jak to widać na rys.

Rwa kulszowa *(ischias).* W większości typowych przypadków rwy kulszowej spostrzegałem wyraźne zaburzenia czucia o typie radykularnym lub peryferycznym.

Stwardnienie rozsiane *(sclerosis disseminata).*

Mniejwięcej w $^2/_3$ cz. wszystkich śledzonych przypadków istniały zaburzenia czucia. Albo przedstawiały one typ zbliżony wyraźnie do radykularnego, jak to zostało stwierdzone przez asystentów polikliniki, albo przypominając tylko w ogólnych zarysach ten typ, ograniczały się często jedynie do zmian w obwodowych częściach dolnych kończyn i przedstawiały się wskutek daleko idącej dissocyacyi wszystkich rodzajów czucia, np. w ten sposób, że na palcach istniała *anaesthesia*, do kostek *analgesia*, a mniejwięcej do wysokości kolan *thermoanaesthesia*, albo przypominały zaburzenia czucia, opisane przezemnie niedawno w zniedołężnieniu poraźnem *(paralysis progressiva)*. Prócz tego w palcach, a nieraz i w stawie skokowym czucie położenia było zniesionem.

Z polikliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przyczynek do badań nad zaburzeniami czucia w niektórych chorobach rdzenia.

Podał

Dr Maksymilian Rose, asystent polikliniki.

(Doniesienie tymczasowe).

Praca niniejsza polega na śledzeniu i badaniu czucia u 13 chorych. Kliniczne rozpoznanie wiądu rdzenia (*tabes dorsalis)* odnosi się do 6 chorych, u 2 rozpozpoznano wybroczynę śródrdzeniową (*haematomyelia*), u jednego krwotok do końca rdzenia *(haemorrhagia in caudam equinam)*, u 4 jamistość rdzenia *(syringomyelia)*.

Wiąd rdzenia *(tabes dorsalis)*.

Piśmiennictwo:

Frenkel obserwował w wiądzie pas znieczulony około tułowia, a poniżej tego pasa z przodu przestrzeń o wzmożonem czuciu.

Oulmont podaje w 16 przypadkach tej choroby u kobiet zaburzenia czucia umiejscowione przedewszystkiem w pasie między sutkami a pępkiem.

Hitzig w dobitny sposób akcentuje rozpoznawczą wartość zaburzeń czucia na tułowiu we wiądzie.

Laehr wskazuje na korzonkowy (radykularny) typ zaburzeń czucia, tak na tułowiu, jakoteż na kończynach.

Chipault i Patrik dochodzą do tych samych wyników, co Laehr.

Dejerine wskazuje na typ korzonkowy, jako wyłączny we wiądzie.

Frenkel i Foerster podają 49 przypadków i stwierdzają w tej chorobie korzonkowe zaburzenia czucia.

Z wielkiej ilości schematów, podanych przez tych autorów widocznem jest, że śledzili na rozmaitych częściach skóry plamy o mniej lub bardziej zaburzonem czuciu.

Zjawisko to tłumaczą sobie częściowem zajęciem korzonków rdzenia przez sprawę chorobową.

Własne spostrzeżenia.

U chorych badanych udało mi się wyróżnić cały szereg pasów tak wzdłuż kończyn, jakoteż na tułowiu o rozmaitym stopniu zaburzenia czucia.

Pasy te najczęściej nie odpowiadają przestrzeniom skóry, zaopatrywanym przez odnośne korzonki rdzenia, przypominają je tylko przebiegiem równoległym do osi na kończynach, a prostopadłym do osi ciała na tułowiu.

W obrębie wspomnianych pasów dał się wyróżnić cały szereg plam o czuciu bardziej lub mniej zaburzonem i o rozmaitych kształtach. W jednym przypadku z niewątpliwem rozpoznaniem wiądu można było zauważyć plamy znieczulone w czasie, gdy charakterystycznych pasów wykryć nie było możliwem.

W innych przypadkach plamy znieczulone przedewszystkiem rzucały się w oko, a dokładniejsze dopiero badanie wykazywało pas o lekko zaburzonem czuciu. w którego obrębie znajdowała się znieczulona plama.

Nieliczne tylko pasy udawało się wykryć z czuciem jednolicie zaburzonem.

Wszystkie przypadki badano w kierunku czucia dotyku, bolu, zimna i ciepła i spostrzegano zawsze wybitne rozszczepienie granic wszystkich jakości czucia, o ile wogóle były zaburzenia wszystkich jakości czucia.

Rycina 1. ilustruje wyniki wspomnianych badań we wiądzie rdzenia. Ze względu na warunki techniczne podane jest tylko badanie w kierunku czucia dotyku, przyczem pola o lepszem czuciu, oznaczone są jaśniej, pola zaś o gorszem czuciu ciemniej.

Przystępując do piśmiennictwa zaburzeń czucia w wybroczynach śródrdzeniowych *(haematomyelia)* uwzględnić należy przedewszystkiem badania Minora w tym kierunku

Minor badał przy wybroczynach jużto połowicze znieczulenie ciała o typie Brown-Sepuarda, jużto zaburzenia czucia w formie rękawiczek i spodni, nie brak też zaburzeń czucia o korzonkowym typie. Autor ten zwrócił też uwagę na rozszczepienie czucia, podobnie jak się ma rzecz przy jamistości rdzenia. Tłómaczy to zjawisko autor tem samem umiejscowieniem zmian chorobowych przy krwotokach i przy jamistości rdzenia.

Laehr na kilku przypadkach krwotoków wykazuje istnienie w tej chorobie wyłącznie korzonkowego typu zaburzeń czucia.

Dejerine potwierdza w zupełności badania Laehra.

Pozatem inni autorowie jednozgodnie prawie przyjmują i opisują przy krwotokach typ korzonkowy zaburzeń czucia.

Badania moje wykazują jednak w tej chorobie zmiany w czuciu identyczne z temi, jakie Piltz[1]) opisuje przy jamistości rdzenia. Anatomiczne tło tych chorób zdaje się w zupełności tłómaczyć podobieństwo w zaburzeniach czucia.

Zbierając wyniki mego badania czucia przy krwotokach w rdzeniu, zauważyć należy, że znalazłem w nich rozszczepienie czucia typowe dla jamistości rdzenia, że na kończynach wyróżnić się dało szereg plam o różnym stopniu zaburzenia czucia. Plamy te jednak w kierunku równoległym do osi kończyn dają długie pasy, różnej ilości (rycina 2), w kierunku zaś prostopadłym do tejże osi coś w rodzaju pierścienia. Plamy te na granicach swoich wykazują rozszczepienie wszystkich jakości czucia.

Omówienie zaburzeń czucia przy krwotokach, jakoteż i innych chorobach rdzenia, które w dalszym ciągu opisuję, pozostawiam na koniec niniejszych wywodów.

---

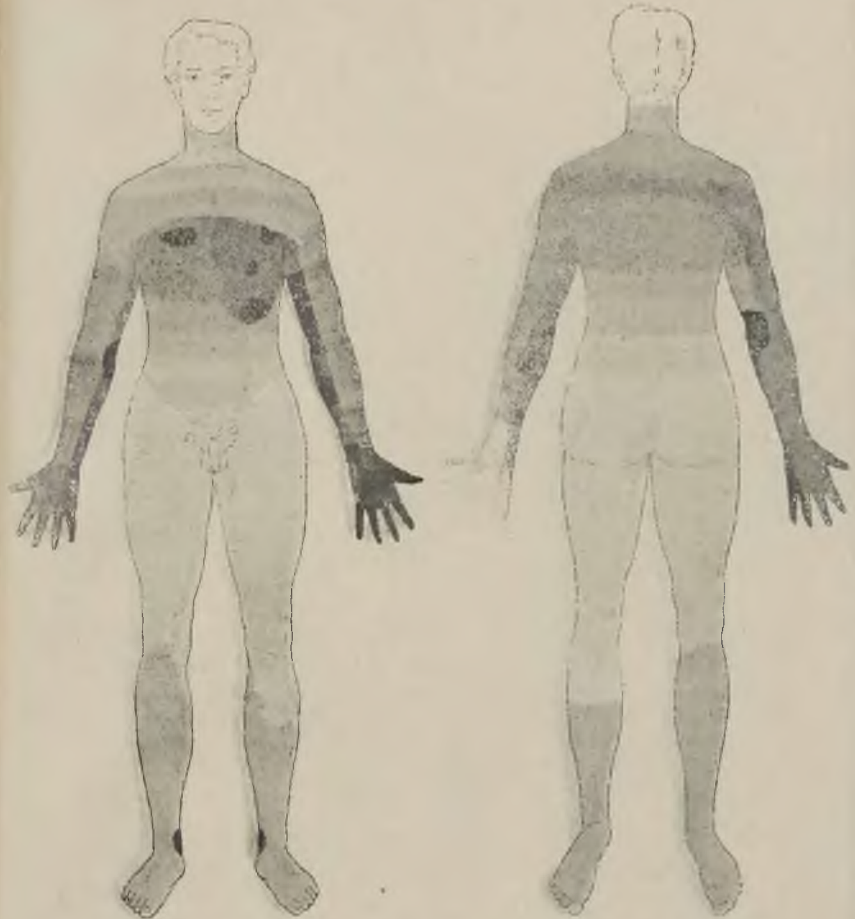
[1]) Piltz: Przegląd lekarski, 1908, Nr 39.

W badanych przypadkach jamistości rdzenia *(syringomyelia)* spostrzegałem również cechujące dla schorzeń rdzenia zaburzenia czucia w kształcie pasów, a w obrębie tych plamy o rozmaitem czuciu (ryc. 3). Pasy te nie odpowiadały przestrzeniom korzonkowym i udało mi się wyróżnić dość znaczną ich ilość.

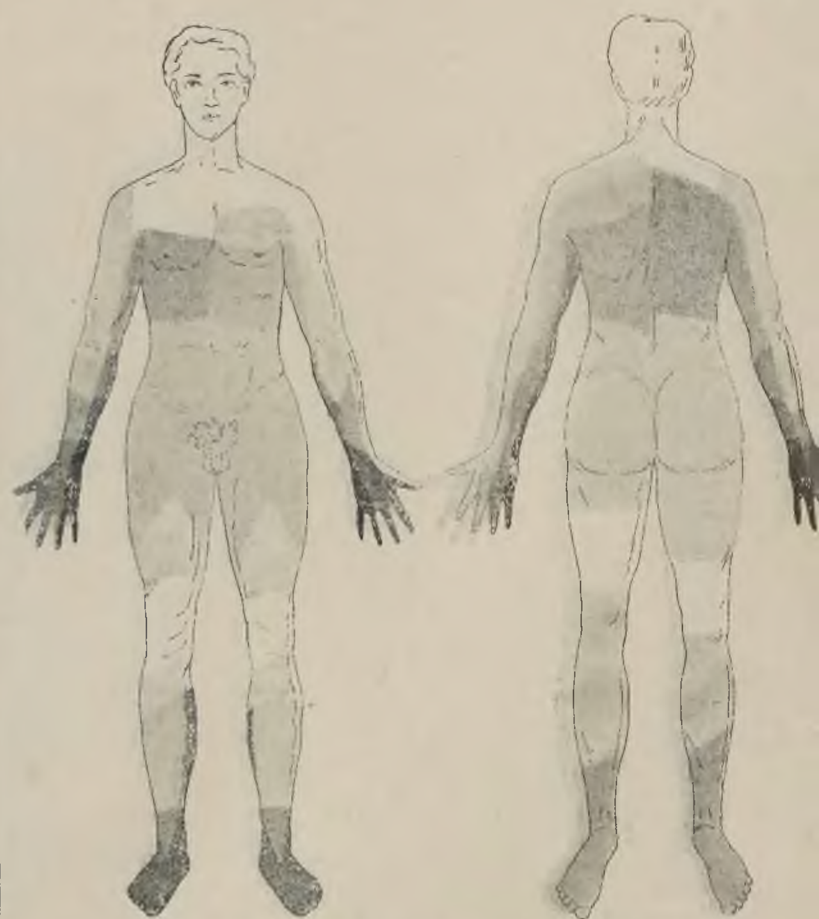
Pozatem śledziłem rozszczepienie granic wszystkich jakości czucia. Badania moje w tym kierunku są tylko potwierdzeniem spostrzeżeń Piltza.

Rycina 4 wskazuje, że i przy zniszczeniu korzonków dadzą się tedy włączyć ani w jeden, ani w drugi ze znanych typów zaburzeń czucia, chociaż tak pierwotny, jak i drugi typ do pewnego stopnia znajdują swój wyraz w tych schematach.

Plamy bowiem, bo w takiej formie zaburzenia czucia znalazłem, jakiegokolwiek nasilenia jest czucie w ich obrębie, w liniach równoległych do osi kończyn biorąc, dają długie pasy, przypominające swą formą, ale nie granicami, typ korzonkowy — segmentalny. Pasy te nie przedstawiają też sumy zaburzeń w obrębie 2 lub kilku korzonków, są



Rycina 1. *Tabes dorsalis.* Zaburzenia czucia dotykowego, W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.



Rycina 2. *Haematomyelia.* Zaburzenia czucia bólowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

końca rdzenia *(cauda equina)* w obrębie pasów wzdłuż kończyn dają się wyróżnić plamy o rozmaitym stopniu zaburzeń czucia.

W schematach czucia, podanych w pracy zwrócić należy uwagę na kilka momentów. Przedewszystkiem te zaburzenia nie można włączyć ani w tak zwany przez Niemców typ segmentalny (Francuzi używają nazwy typu korzonkowego), ani w typ, zwany przez Niemcow centralnym, a przez Francuzów segmentalnym.

Zaburzenia czucia typu korzonkowego-segmentalnego przedstawiają się w kształcie pasów równoległych do osi kończyn; pasy te jednak mają określoną granicę, albowiem przedstawiają one przestrzenie, zaopatrywane przez dane korzonki (Ross, Allen Starr, Thornburn, Kocher, Head, Wichmann).

Zaburzenia typu segmentalnego-centralnego przedstawiają się w formie pierścieni lub plam na kończynach i tułowiu (Brissaud).

Obrazy zaburzeń czucia w schematach podanych nie nieregularne, czasem śrubowato około kończyn przebiegające, a w obrębie tychże pasów jest szereg przestrzeni o rozmaitem stopniu zaburzenia czucia.

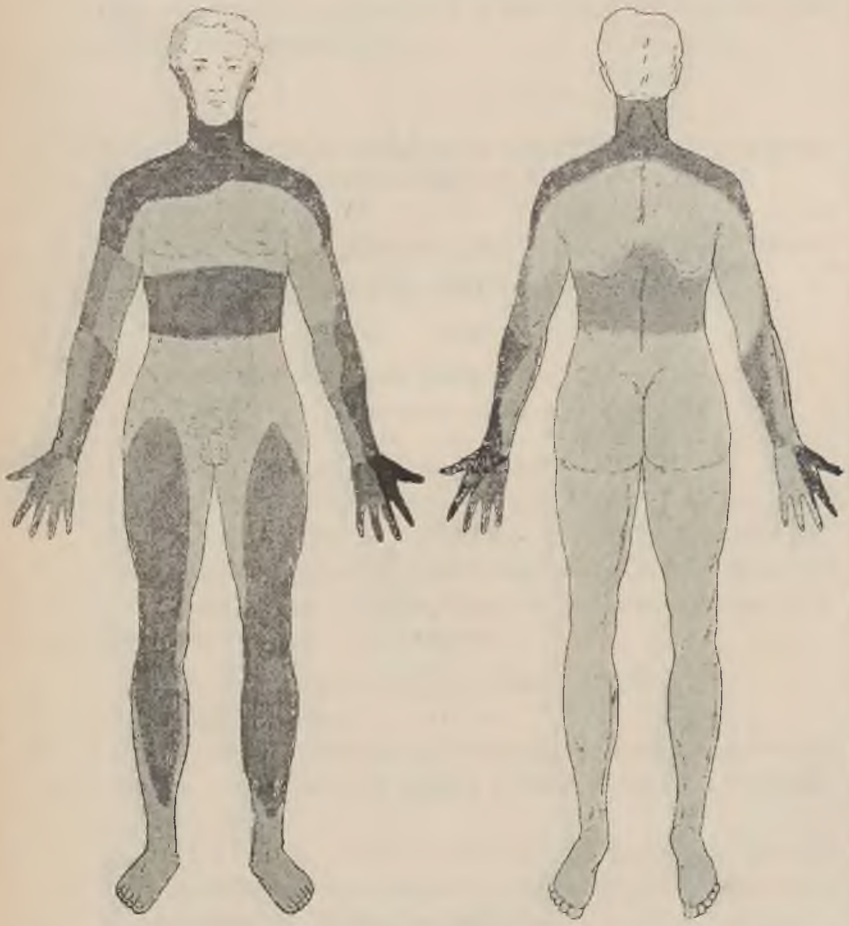
Co się tyczy typu segmentalnego-centralnego, to w schematach podanych nie ma mowy o pierścieniach około kończyn, w obrębie których czucie byłoby jednakowo zaburzone; przeciwnie w obrębie pierścieni tych jest również kilka przestrzeni o różnym stopniu zaburzenia czucia.

Widocznem więc jest, że te zaburzenia czucia, pojąć się dadzą tylko w formie plam; ułożenie jednak tych plam w długie pasy, przypominające swym kształtem pasy korzonkowe, wskazuje bezsprzecznie na okoliczność, że w powstawaniu tych plam mają swój udział zmiany anatomiczne w obrębie rdzenia lub korzonków tylnych.

W dalszym ciągu zastanowić się należy, jakie to zmiany w obrębie rdzenia doprowadzić muszą do zaburzeń czucia w postaci plam, układających się w długie pasy, wreszcie czy i jakie zmiany mogą się równocześnie odbywać w nerwach obwodowych i przyczyniać się do powstawania tychże

plam. Co się tyczy zmian anatomicznych w jamistości rdzenia, to Schlesinger wyraża się o tem w następujący sposób:

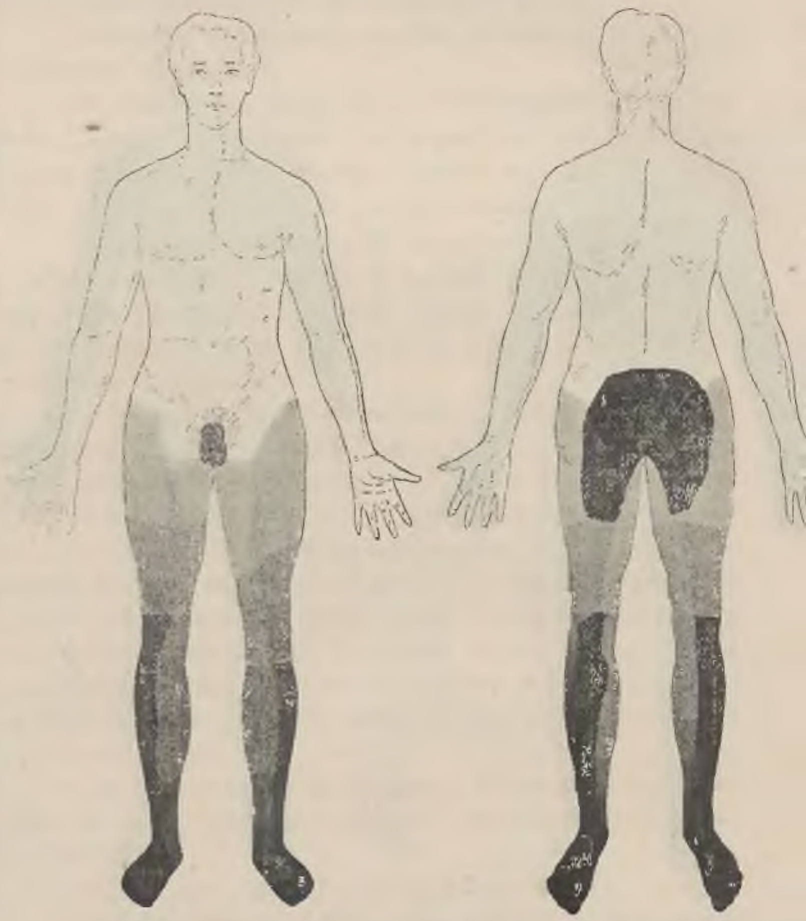
W wielu przypadkach jest przy jamistości zniszczoną zupełnie cała istota szara, albo tylko rogów tylnych, w obrębie kilku odcinków. W tych przypadkach będą zaburzenia czucia o typie czysto segmentalnym, bo przerwana jest łączność tych wszystkich włókien czuciowych z wyższymi ośrodkami. Przy jamistości napotyka się to dosyć często, nierzadko jednak waha się bardzo znacznie uszkodzenie w obrębie poszczególnych odcinków, tak w pionowym, jak i poziomym kierunku. W tym przypadku ulega zniszczeniu tylko część istoty szarej w obrębie odcinka i to w zupełnie nieregularnem układzie. Wskutek tego więc, że mniejsza lub większa część istoty szarej w obrębie danego odcinka może zostaś zdolną do swego działania, zaburzenia czucia muszą ulegać pewnym zmianom, albowiem część włókien zdąża do zniszczonego, druga część do nietkniętego rdzenia. Jest bardzo możliwem, że także w każdem odcinku rdzenia jest pewien podział tak, że rozmaite punkty odcinkowego obszaru skóry mają swą łączność z rozmaitemi częściami odcinka rdzenia. Jest to możliwem, że części skóry sąsiadujące, mają także sąsiednią reprezentacyę w rdzeniu. A więc przy częściowem uszkodzeniu odcinka miałaby ta część odcinkowego obszaru skóry czucie bardziej zaburzone, która ma swą ośrodkową reprezentacyę w zniszczonej części odcinka. W ten sposób Schlesinger tłómaczy powstawanie typu segmentalnego-centralnego w jamistości rdzenia. Dochodzi jednak do przekonania, że występowanie tej formy zaburzeń czucia jest czysto przypadkowem i przemijającem.



Rycina 3. M. K. *Syringomyelia.* Zaburzenia czucia bólowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

Pod pewnemi względami zbliża się teorya Schlesingera do Brissauda teoryi o metamerycznych centrach rdzenia. Wedle teoryi Schlesingera tedy powstawanie pierścieni byłoby objawem przypadkowości; wedle Brissauda polegałoby na zniszczeniu pewnych ośrodków.

W myśl tedy teoryi Schlesingera, dojść musimy do przekonania, że wskutek częściowego zniszczenia odcinków, wskutek tego, ze pewna część włókien czuciowych utraciła w danym odcinku centralną reprezentacyę, a druga ma ją zachowaną w mniejszym lub większym stopniu, nie mogą powstawać pasy o jednakowo zaburzonem czuciu.



Ryc. 4. W. D. *Haemorrhagia in caudam equinam.* Zaburzenia czucia dotykowego. W polach ciemniejszych czucie bardziej, w jaśniejszych mniej upośledzone.

Jeżeli jakaś część odcinka jest zniszczona, pozatem zaś odcinek jest nietknięty, to obszar skóry, mającej reprezentacyę w zniszczonej części odcinka będzie miał czucie zniesione, pozatem zaś cała odpowiednia przestrzeń skóry będzie miała czucie prawidłowe. Powstanie w ten sposób obraz plam znieczulonych. Jeżeli w danym odcinku pewne części będą w mniejszym, inne w większym stopniu dotknięte zniszczeniem, to powstanie szereg plam, ale będą one miały cechujące ułożenie w długie pasy, bo w ten sposób wyglądają odcinkowe obszary skóry, a tu chodzi o zniszczenie odcinka. Powstawanie pierścieni o jednolitem zaburzeniu czucia byłoby rzeczywiście zjawiskiem przypadku tego rodzaju, że w obrębie kilku odcinków doszłoby do zniszczenia tych właśnie części, któreby na skórze kończyny mogły utworzyć pierścień. Rzeczą takiego przypadku są na kończynach wężownice (*spirale*), śledzone zresztą bardzo rzadko (Schlesinger, Piltz).

W jamistości, a także i innych schorzeniach rdzenia rzadko tylko dochodzi do całkowitego zniszczenia odcinków i w takim wypadku zaburzenia czucia muszą się stanowczo przedstawiać w kształcie długich pasów o czuciu zniesionem. Przy całkowitem zniszczeniu odcinków będą one odpowiadały przestrzeniom zaopatrywanym przez korzonki, wychodzące z danych odcinków. Przy częściowem zaś zajęciu odcinków, a to jest najczęstszem, spotykać się możemy tylko z plamami z zaburzonem czuciem. Plamy te w liniach równoległych do osi kończyn tworzą pasy, które jako mniej lub więcej znieczulone dają się odgraniczyć od pasów sąsiednich. Pasy te mogą się rozmaicie przedstawiać i nie w każdym przypadku można je dokładnie wyróżnić, bo mogą się tu łączyć n. p. dwie znieczulone plamy sąsiednich odcinków i to w rozmaity sposób, dając rozmaitego kształtu pasy, n. p. wężownicowe lub nieregularne pasy, zgoła nie przypominające tablic Kochera, Thornburna lub innych autorów.

Przy chorobach tedy rdzenia, przy których nie dochodzi do zupełnego zniszczenia odcinków, powstaje odrębny typ zaburzeń czucia, typ cechujący się powstawaniem plam mniej lub więcej znieczulonych, a układających się w długie pasy, przypominające ich pochodzenie ośrodkowe. Przy całkowitem zniszczeniu odcinka są zaburzenia czucia takie, jakie powstałyby przy zniszczeniu korzonków od tego odcinka odchodzących i dlatego uzasadnioną byłaby w tym wypadku nazwa zaburzenia czucia korzonkowego.

Przy częściowem zniszczeniu odcinków i powstawaniu na skórze plam o zaburzonem czuciu i pasów nieprzypominających zgoła pasów korzonkowych byłaby może na miejscu nazwa typu segmentalnego, ze względu na fakt, że zawsze typ ten się pojawia przy schorzeniach rdzenia, nie niszczących całych odcinków.

W dalszym ciągu należy zwrócić uwagę na cały szereg zmian, zachodzących w obwodowych częściach nerwów czuciowych, które na zaburzenia czucia mogą wpływać i przyczyniać się w niemałym stopniu do powstawania wymienionych plam.

Znanem zjawiskiem przy schorzeniach rdzenia są odżywcze zaburzenia w skórze, częściach miękkich, kościach, mięśniach, stawach i błonie śluzowej.

Dla uzasadnienia tego zaniku wprowadzają autorowie rozmaite teorye, odnosząc go albo do schorzenia rogów przednich, albo nerwów czuciowych, do zmian naczynioruchowych, albo wreszcie do porażenia nerwów i ośrodków odżywczych. Oppenheim twierdzi, że zwój rdzeniowy *(ganglion spinale)* wtedy tylko prawidłowo działa, gdy może przenieść do środka podrażnienia z obwodu. Jeżeli rdzeń jest schorzały i podrażnień tych przejąć nie może, to gromadzą się one w komórkach tegoż zwoju, zaburzając jego działanie odżywcze. Dochodzi w ten sposób do zaniku obwodowego. Wedle tych mniej więcej teoryi dochodzić ma do zaniku wszystkich części organizmu.

Pozostają nam jedynie do omówienia nerwy czuciowe.

Ośrodek odżywczy nerwu czuciowego znajduje się w zwoju rdzeniowym (Waller). Jestto zjawisko, powtarzające się zawsze i tłómaczące samodzielność odżywczą neuronu. Zawsze uszkodzenie komórki nerwowej prowadzi do zwyrodnienia całego neuronu. Chodzi tylko o to, czy nie istnieją inne jeszcze wpływy szkodliwe, mogące działać na neuron czuciowy z pominięciem zwoju rdzeniowego.

Doświadczenia wykazują, że obok opisanego t. zw. zwyrodnienia wtórnego wywołanego zniszczeniem ośrodka, lub zerwaniem z niem łączności, istnieje t. zw. zwyrodnienie pierwotne, będące wynikiem czynników, które, działając wprost na włókno nerwowe zaburzają prawidłowe warunki odżywiania i przemiany materyi tegoż włókna. Działanie to szkodliwe może być też równomierne i równoczesne dla ośrodka i dla włókna, gdy n. p. odpowiednia trucizna krąży we krwi.

Czynniki, które wywoływać mogą zanik we wszystkich częściach organizmu, jak wymienione teorye wskazują, muszą też szkodliwie wpływać na nerwy czuciowe i wywoływać zanik w ich obrębie. Odbijać się zaś to musi stanowczo na czynności tychże nerwów.

Krwotok do rdzenia i jamistość jego, choroby, w których przychodzi do tak znacznych zaburzeń naczynioruchowych stanowczo wpływać muszą szkodliwie na odżywienie nerwów czuciowych i wywoływać w ich obrębie t. zw. zanik pierwotny.

Rumpf wyraża przekonanie, że obniżenie energii życiowej ośrodków odżywczych wywołuje zanik części najodleglejszych przez ten ośrodek zaopatrywanych.

Ponieważ zdaniem Oppenheima dochodzi przy zniszczeniu rdzenia do nagromadzenia pobudek z obwodu w zwoju rdzeniowym, a tem samem do obniżenia jego energii życiowej, zrozumiałem wydaje się przypuszczenie wraz z Rumpfem, że wynikiem tego będzie zanik zakończeń nerwów czuciowych.

Szczególnie w przebiegu wiądu rdzenia opisano zanik nerwów czuciowych. Zauważył go pierwszy Westphal, a potwierdzili to również Dejerine, Siemerling i Oppenheim. Gumpertz wykazał to również na skrawkach skóry, wyciętych za życia ludziom z wiądem rdzenia.

Widocznem więc jest, że w nerwach czuciowych może zachodzić cały szereg zmian odżywczych, które w zaburzeniach czucia bezwątpienia zacierają ich rdzeniowe pochodzenie. Szczególnie zaś przyczyniają się do uwydatnienia plam, przy częściowem zniszczeniu odcinków.

Zanik nerwów czuciowych we wiądzie ma, jak to schematy wykazują, z pewnością niepoślednie znaczenie w zaburzeniach czucia.

Zebranie:

Zaburzenia czucia w chorobach rdzenia, przebiegających pod obrazem częściowego zniszczenia odcinka lub korzonków rdzenia, przedstawiają się w formie plam, o nieregularnych kształtach, tworzących długie pasy mniej lub więcej równoległe do osi kończyn. Pasy te nie trzymają się granic przestrzeni, zaopatrywanych przez korzonki.

Uzasadnienie swe znajduje ten typ zaburzeń czucia częścią w częściowem zniszczeniu odcinka, częścią w sprawach zanikowych w obrębie nerwów czuciowych z rozmaitych przyczyn powstałych.

Granice plam wykazują rozszczepienie wszystkich jakości czucia.

Praca niniejsza wykonaną została pod kierunkiem i za wskazówkami J. W. Pana Prof. Piltza.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy przemyskich.

Posiedzenie naukowe dnia 21. sierpnia 1908 w szpitalu powszechnym.

Przewodniczący: Kol. Kramarzyński.

1) Przewodniczący zdaje sprawę z kursów samarytańskich dla pań, które odbyły się w maju b. r. w Przemyślu, staraniem Tow. lek. przem. Wykłady odbywały się równolegle w języku polskim i ruskim. Wstęp wynosił 1 K. Czysty dochód wynosi: *a*) w grupie polskiej 25 K 81 h, *b*) w grupie ruskiej 27 K 80 h, razem 53 K 61 h, które postanowiono oddać Stowarzyszeniu Czerwonego Krzyża m. i d. dla Galicyi, z tem zastrzeżeniem, że stowarzyszenie to przyczyni się do wybudowania w Przemyślu szpitalika dla dzieci, który w potrzebie oddanym zostanie do rozporządzenia władzom wojskowym.

Następnie przewodniczący, jako delegat sekcyi przemyskiej na Walne zgromadzenie Tow. lek. galic. zdaje sprawę z obrad i uchwał, powziętych na tem zgromadzeniu.

2) Kol. Herman przedstawia m. i. następujących chorych:

a) Ozdrowieńca, przeszło 80 lat liczącego po przezpęcherzowem **wyłuszczeniu stercza sposobem Freyera** z powodu przewlekłego i całkowitego zatrzymania moczu, spowodowanego przerostem wspomnianego gruczołu.

b) Chorego, operowanego w dwa tygodnie po urazie w brzuch z powodu **otorbionego** (w trzech miejscach) **zapalenia ropnego otrzewny,** wywołanego pęknięciem kiszki, którą zeszyto.

c) Chorego operowanego w tydzień po **uwięźnięciu przepukliny udowej** w okresie ciężkiego zapadu, równającego się niemal agonii, który po herniotomii prawdopodobnie dzięki energicznemu stosowaniu wlewań podskórnych fizyologicznego roztworu NaCl przyszedł do siebie wbrew wszelkim nadziejom i ma się obecnie dobrze.

d) Ozdrowieńca po **urazowem pęknięciu poprzecznem cewki moczowej,** spowodowanem upadnięciem na krocze.

e) chorego, u którego **rak śluzówki policzka** wielkości dwu halerzówki nie sprawiający zresztą choremu żadnych dolegliwości wywołał liczne przerzuty w gruczołach podszczękowych i szyjnych; w obrazie klinicznym przerzuty te wysuwały się na plan pierwszy; mimo rozległości zmian udało się usunąć doszczętnie wszystko chorobowe; operowany opuszcza szpital jako uleczony.

f) Chorą, u której wykonano **połowiczą rhinoplastykę** sposobem indyjskim z powodu raka nosa, przerastającego na policzek; ubytek na czole pokryto z dobrym wynikiem wolnym płatem skórnym wyciętym ze sutka.

g) Chorego ze **strzaskaniem łuski kości skroniowej lewej.** U chorego zanotowano duże trudności w mówieniu i drgawki w kończynach prawych. Obok tego obrażenia stwierdzono u poszkodowanego złamanie obu kości przedramienia lewego i złamanie żebra. Odłamki kości skroniowej wciśnięte w jamę czaszki usunięto, opony i mózg nietknięte. Zaburzenia w mowie (pięć dni po operacyi) nie ustąpiły.

h) Chorą, u której przed kilkoma dniami usunięto łuki kręgowe z X., XI. i XII. kręgu piersiowego *(laminectomia)* z powodu **całkowitego porażenia poprzecznego** w przebiegu gruźlicy trzonów wymienionych kręgów. Podczas zabiegu nie stwierdzono zmian na oponie.

3) Kol. Małaniuk przedstawia 4-letnie dziecko, przyjęte do szpitala z powodu **garbu gruźliczego** w środkowej części piersiowej kręgosłupa i **porażenia kończyn dolnych.** W parę dni po założeniu redresującego opatrunku gipsowego sposobem Callota, porażenia ustąpiły i dziecko chodzi o własnych siłach. Nawiązując do demonstracyi, przedstawia prelegent obecny stan nauki o leczeniu garbu, opierając się głównie na pracach Callota.

4) Kol. Lenartowicz demonstruje na chorym, dotkniętym **żylakami** na jednej tylko kończynie dolnej **objaw Trendelenburga,** występujący w tym przypadku w sposób klasyczny i przedstawia kilku chorych z rozmaitemi zmianami gruźliczemi, u których po wtarciu maści tuberkulinowej wystąpił charakterystyczny **odczyn na skórze.**

6) Kol. Ehrlich (w zastępstwie kol. Dolińskiego) przedstawia chorą, u której z powodu **pęknięcia macicy** przy IV. porodzie **odcięto trzon macicy** sposobem Porroa. Chora, lat 33 licząca, zaczęła rodzić 23. lipca. Miednica płaska, położenie płodu czaszkowe. W nocy 24. lipca nastąpiło pęknięcie macicy. O godz. 5 rano 25. lipca wykonano w szpitalu na chorej w wysokim stopniu wykrwawionej cięcie brzuszne w uśpieniu eterowem. Jama otrzewnowa, wypełniona skrzepami krwi, między pętlami jelit obumarły dobrze rozwinięty płód z łożyskiem. Macica pęknięta tuż ponad szyjką poprzecznie. W linii pęknięcia amputowano trzon macicy i kikut wszyto w powłoki brzuszne. Przebieg pooperacyjny gorączkowy z powodu nacieków zapalnych w przymaciczu.

Nawiązując do demonstracyi omawia kol. E. etyologię patogenezę, anatomią i symptomatologię pęknięć macicy, kładąc ostatecznie główny nacisk na leczenie. Na podstawie 18 przypadków pęknięcia macicy przez siebie spostrzeganych sądzi, że najlepiej zrobimy, gdy chorym tym zapewnimy opiekę kliniczną lub szpitalną oczywiście o ile na to zezwolą warunki. Po rozwiązaniu rodzącej z pęknięciem macicy przez wymóżdżenie lub embriotomią, następuje zwykle gwałtowny krwotok, ogromnie trudny do opanowania przez tamponadę, który ostatecznie chorą szybko zabija. Z przypadków śledzonych przez prelegenta udało się uratować tylko jeden, oczywiście pęknięcia niezupełnego. W dwóch przypadkach oderwanie szyjki macicznej zostało spowodowane zabiegiem operacyjnym. *Dr Süsswein,* sekretarz.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie w dniu 7. maja 1908.

Obecnych członków 34.

Przewodniczący: Dr Rumszewicz.

Na porządku dziennym:

1) K. Rumszewicz: **Kilka uwag o odczynie Calmettea.**

Dyskusya: Łążyński pyta, jak prelegent leczy zapalenia, powstałe pod wpływem odczynu.

Januszkiewicz przypomina, że u chorej, o której mówił prelegent, wystąpił najprzód zwykły odczyn, którego objawy zniknęły po upływie dni trzech, a potem dopiero rozwinęło się na nowo przewlekłe pryszczykowe zapalenie.

Hoene stwierdza niepewność odczynu w kierunku rozpoznawczym.

Prelegent odpowiada, że odczyn występuje albo pod postacią zapalenia nieżytowego, albo pryszczykowego, stosownie do tego stosuje się też zwykle w podobnych razach używane środki. Odczyn zużytkować można tylko w tych przypadkach gruźlicy, które znajdują się w okresie rozwoju; zawodzi on jednak niekiedy w przypadkach o bardzo ostrym przebiegu. Roztwór 1% jest w wielu razach stanowczo za silny, zwłaszcza zaś przestrzega prelegent przed używaniem w celach rozpoznawczych preparatu, znanego pod nazwą »test«, radząc go raczej zupełnie zaniechać, albo przynajmniej używać nader oględnie.

2) B. Kozłowski demonstruje: *a*) **Kamienie nerkowe,** usunięte drogą operacyjną, z których jeden zatykał moczowód. Kamienie te leżały w nerce prawdopodobnie 63 lata. 2) **Raka nerki.**

W dyskusyi zabierali głos: Obniski i Makowski.

3) Odczyt Cichockiego: **Pęknięcie śledziony w przebiegu gorączki powrotnej.**

Dyskusya: Sochacki pyta o kliniczne objawy pęknięcia śledziony w danym wypadku. — B. Kozłowski przypomina, że do przypadków, zacytowanych przez prelegenta z literatury, dodać jeszcze należy 3 przypadki Müncha. — Rumszewicz wspomina o urazowem pęknięciu śledziony u zdrowego człowieka. — W dyskusyi zabierają jeszcze głos: Makowski, Pietkiewicz, Januszkiewicz, Sągaiło, zastanawiając się nad bezpośrednią przyczyną pęknięcia w opisanym przez Cichockiego przypadku. — Prelegent odpowiada, że objawy pęknięcia wystąpiły pod postacią zapadu, trwającego zresztą krótko, gdyż chory zmarł nader szybko. Co się tyczy bezpośredniej przyczyny pęknięcia, to przyszło ono do skutku w chwili, w której chorego ważono, prawdopodobną zatem jest rzeczą, że przeprowadzanie pacyenta do wagi, stojącej na drugim końcu sali szpitalnej, mogło się przyczynić do wywołania pęknięcia. Prelegent myśli, że chory stracił równowagę i upadł już po dokonanem pęknięciu i właśnie wskutek niego; to też szukanie przyczyny pęknięcia w urazie, wywołanym przez upadek, wydaje mu się mniej właściwem.

Ustrój lekarski na Rusi Moskiewskiej do czasów Piotra.

(Ciąg dalszy).

Pierwszych lekarzy, kończących szkołę lekarską w Moskwie, wysyłano do wojska, często w głuche i zapadłe miejscowości, tak że los tych pionierów był ze wszech miar opłakany, stanowiąc kontrast z losem pierwszych lekarzy, przybywających z zagranicy. Oprócz szkoły rządowej przy »prikazie«, były i prywatne szkoły lekarskie. Kurs trwał lat 5; uczniów było bardzo mało; wszyscy uciekają od zawodu lekarskiego i rząd musi przyciągać do niego siłą. Autor stara się udowodnić, że podwaliny szkoły lekarskiej położone zostały w okresie moskiewskim, a nie przez Piotra Wielkiego.

Z działalnością lekarską ściśle łączy się działalność sądowo-lekarska i administracyjna. Z początku ciesząca się pewną powagą i zaufaniem sądu, stopniowo zeszła działalność sądowa lekarzy do stanu tak upośledzonego, jak w czasach nam współczesnych. Kolebką ekspertyzy lekarskiej były już sądy pogańskie; następnie powstaje organizacya sądów książęcych. Pierwszym pomnikiem medycyny sądowej w Rosyi, jeśli ją tak nazwać można, jest umowa Rosyan z Grekami za Olega i Igora z r. 911 i 945 co do uszkodzeń i ran. W »Ruskiej prawdzie«, którą posługiwano się z XI—XIII w., znajduje się wzmianka o sprawieniu szkody na zdrowiu. Dzwińska »ustawna hromota« r. 1397 odróżnia krwawą ranę od siniaka. Sądownictwo za Iwana Groźnego (1550 r.) odróżniało uszkodzenie zdrowia od kalectwa, lecz znawcami byli nie lekarze. Pierwsze badania lekarskie służą do oceniania stanu zdrowia podejrzanych o zarazę morową: szczególnie podlegali oględzinom urzędnicy, którzy przedstawiali się na dworze, obawiano się bowiem, aby nie zanieśli tam jakichś chorób; kiedy liczba lekarzy się zwiększyła, polecano im oględziny różnych przedmiotów, co przed tem robili wojewodowie, jak badanie proszków, maści i t. p. leków, szczególnie rogu jednorożca dla przekonania się, czy on jest prawdziwy (karmiono gołębie arszenikiem, a następnie jako odtrutkę podawano kawałek tego rogu i t. p.) Pierwsze rzeczywiste badania sądowo-lekarskie rozpoczynają się w r. 1644 na żywych i na zwłokach.

Organizacya lekarska wojskowo-szpitalna rozpoczyna się w połowie XVII w. Pierwszą instytucyą leczniczą są ambulanse dla rannych, założone w r. 1612, które nieraz mieściły się w monasterach. Następnie zakładano szpitale wojskowe, jedne z pierwszych pod Dynaborskiem w r. 1657 i pod Czehryniem w r. 1678. W Kazaniu założono w r. 1680 szpital, który później staje się prototypem szpitali cywilnych. Fedor Aleksiejewicz wydaje ukaz o otwarciu szkół i szpitali, w którychby mogli praktykować przyszli medycy. Ostatni z carów moskiewskich nie mógł z powodu zaburzeń i niepokojów spełnić tego, co wprowadził Piotr I.

Od r. 1650 osiedlają się pierwsi lekarze po miastach, pomiędzy innemi w prowincyach białoruskich; Roman Lochowicz w Szkłowie, Iwaszko Michajłow w Połocku, Mikołaj Zarecki w Mohylowie i w Białej Cerkwi r. 1655 Jerzy Moh, a w r. 1679 Jerzy Taborowski. W ogóle największa liczba pierwszych lekarzy osiadła w pasie zachodnim ówczesnego Księstwa Moskiewskiego.

Pierwszy szpital, urządzony na sposób europejski, powstał w Moskwie w r. 1683 z rozkazu Fedora Aleksiejewicza.

Chorób umysłowych nie leczono i takich chorych pomieszczano po klasztorach. Wtenczas tylko zajmowano się więcej chorobami umysłowemi, kiedy psychoza przybierała charakter epidemiczny. Szpitale klasztorne były to raczej domy dobroczynności, w których pomieszczano obłąkanych spokojnych; niebezpiecznych zaś dla spokoju publicznego osadzano w więzieniu. W dokumentach z końca XVII w. znajduje się cały szereg opisów przypadków szaleństwa, często na tle alkoholizmu. Liczba chorych umysłowych była jednak w tym czasie na zachodzie jak się zdaje znaczniejsza, niż w Moskwie.

Środki walki z chorobami zakaźnemi przepisał rząd moskiewski nie oglądając się na lekarzy cudzoziemców, którzy nie mieli wpływu na ludność i na ówczesną administracyę. Według latopisów wiele chorób nagminnych rozwijało się w czasach wielkich posuch, silnych deszczów i powodzi, wczesnych mrozów i t. d. W czasie zarazy, dotykającej ludność, często panował jednocześnie mór na bydło, konie, ptaki, nieraz na zwierzęta leśne i polne. Zarazy szły do Rosyi dwiema drogami, z Europy przez Połock, Smoleńsk, Psków i Nowogród, lub z Południa przez Krym. Ostry klimat, częste nieurodzaje, głód, szereg wojen przy złem odżywianiu wojska, przyczyniały się do zwiększenia chorób zaraźliwych i śmiertelności. Chociaż rząd nakazywał pewne środki przeciw epidemiom, to jednak stosowano je nie stale, ale tylko przygodnie. W czasie klęsk pospolitych zmysł praktyczny samego ludu wyszukiwał środki zaradcze, kierując się popędem zdrowego rozsądku. Podczas głodu w Nowogrodzie w r. 1128 wybuchło morowe powietrze, a śmiertelność dochodziła do strasznych rozmiarów, trupy walały się na ulicach i drogach. W r. 1214 w czasie głodu i zarazy przy wielkiej śmiertelności grzebano we wspólnych jamach, zwanych »skudelnicy«. W r. 1230 podczas epidemii, chociaż grzebano podobnie, jednakże został ustanowiony osobny dozorca, pilnujący, aby wiele osób nie uczestniczyło w pogrzebie. W r. 1353 według latopisu podczas zarazy w ziemi pskowskiej wszyscy, którzy oddawali posługę zmarłym, umierali. We wspólnych mogiłach grzebano w r. 1341 w Pskowie i Izborsku, w r. 1364 w Moskwie i innych miastach. W takich wspólnych mogiłach (»skudelnicach«) w XIV i XV w. grzebano po 10 i więcej zwłok. Dawniej śmiertelność była znaczniejsza i liczba grzebanych trupów we wspólnej mogile bywała jeszcze większa. W czasie epidemii r. 1230 w Smoleńsku złożono do jednej mogiły 16 tysięcy zmarłych, do drugiej 9 tysięcy, a w Nowogrodzie przeszło 3 tysiące i t. p. W r. 1352 w Nowogrodzie podczas »czarnej śmierci«, chcąc zwalczyć epidemię, palono zwłoki na stosie. Pierwszą kwarantanę ustanowiono w r. 1521 w Pskowie podczas morowego powietrza i od tego czasu myśl odosobnienia znajduje szerokie zastosowanie. W r. 1552 w Nowogrodzie podczas morowego powietrza za naruszenie ustawy ochronnej i ucieczkę z miasta karano knutem i paleniem na stosie, gdyż poprzednie epidemie wywołały panikę wśród ludności, która ze strachu rozbiegała się po okolicy, roznosząc zarazę. Za przejście wałów miejskich karano spaleniem na stosie w r. 1566 i 1567 podczas strasznej dżumy. W r. 1572 stawiano przegrody na ulicach, zamykano domy, w których znajdowali się chorzy, przestrzegając ścisłego odosobnienia chorych i zmarłych. Przekroczenia karano śmiercią (nawet duchownych, którzy spieszyli z wiatykiem do umierających). Oprócz środków sanitarnych zalecał kościół prawosławny przeciw zarazom budowanie świątyń dla przebłagania Boga, przyczem ludność zwoziła materyały i składała ofiary pieniężne; urządzano też nabożeństwa, procesye (»krestnyje chody«), rozsyłano wodę święconą i t. d.

Do bardziej racyonalnych środków ochronnych dla walki z epidemiami, zaprowadzonych w końcu XVI w. w Moskwie, należą: zakaz grzebania ciał zmarłych blizko miejsc zamieszkałych i źródeł, zamknięcie wszelkiej komunikacyi z gniazdami zarazy, odosobnienie oddzielnych ulic i domów. W w. XVII środki sanitarne i kwarantany zastosowują jeszcze szerzej. W czasie moru w Moskwie wyznacza Borys Godunow osobne miejsca dla grzebania zmarłych, a podczas moru w Smoleńsku rozciąga kwarantanę aż do Briańska, dla przerwania komunikacyi z Litwą. Podczas moru w latach 1654—1656, kiedy car Aleksiej Michajłowicz walczył na czele wojska pod Smoleńskiem, wydano rozkaz, aby po drogach z Moskwy do Smoleńska nikt nie jeździł. W pałacu carskim pilnowano, ażeby »powietrze zakażone« się nie dostawało, rozkazano okna i drzwi pozabijać, wrota pozamykać, a około domów z chorymi na mór postawić straże, aby nikt nie wychodził. Podczas epidemii 1655 r. rodzina carska schroniła się do Monasteru Kalazińskiego i gdy przez drogę, wiodącą do Monasteru, przewieziono ciało zmarłej z choroby zakaźnej »dworianki Gawreniewoj«, dla odwrócenia niebezpieczeństwa zapalono stos na przestrzeni 30 sążni i popiół rozsypano na drodze.

(Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

XIII. Zjazd austryackich Izb lekarskich odbędzie się w Pradze w dniach 29. do 30. września b. r. Program Zjazdu obejmuje:

1) Sprawozdanie Izby zarządzającej.

2) Sprawozdanie Wydziału.

3) Reforma ubezpieczenia robotników w Kasach chorych (referent: Dr Pick).

4) Założenie Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków dla lekarzy.

5) Sprawa tytułów lekarskich.

6) Stanowisko lekarzy do ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych (referent: Dr Pick).

7) Wniosek o zgłaszanie się lekarzy morawskich, obowiązanych do ubezpieczenia, do krajowego morawskiego zakładu ubezpieczeń (referent: Dr B. Kučera).

8) Projekt reformy należytości sądowych dla lekarzy (referent: Dr Festenburg).

9) Wniosek o zaprowadzenie w Austryi na wszystkich Wydziałach lekarskich katedr dla medycyny socyalnej (referent: Dr Grün).

10) Reforma ustaw sanitarnych państwowych z roku 1870 (referent: Dr Koutnik).

11) Ochrona przed niesłusznym bojkotem posad lekarskich (Izba wiedeńska).

12) Stanowisko wobec ustawy o technice dentystycznej (Izba wiedeńska).

13) Referat o należytościach lekarskich wobec prywatnych zakładów ubezpieczeń od wypadków (referent: Dr Würtenberger).

14) Stanowisko wobec projektu nowej ustawy o epidemiach (referent: Dr Festenburg).

15) W sprawie świadectw lekarskich (Izba wiedeńska).

16) Sprawa praktyki lekarskiej ze strony lekarzy urzędowych (referent: Dr List).

17) Wniosek Zjazdu Izb: »Należy dążyć, aby lekarze wojskowi czynni i lekarze rządowi, o ile oddają się praktyce prywatnej, w tym kierunku przymusowo należeli do Izb lekarskich i płacili przepisane wkładki« (Izba bukowińska).

18) W sprawie ordynacyi elektroterapeutycznych (Izba wiedeńska).

19) Wybór Izby zarządzającej.

20) Wybór Wydziału.

Skład Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej nowo wybranej na następujące trzechlecie jest następujący: Ze Lwowa członkowie: Dr Festenburg, Dr Papée, Dr Kwiatkiewicz i Dr Starzewski; zastępcy: Dr Świątkiewicz, Dr Haisig, Dr Fels, Dr Jasiński. Z prowincyi członkowie: Dr Smolarski, Dr Mikołajski, Dr Zawadzki, Dr Żukowski, Dr Münzer, Dr Stöckl i Dr Piaskiewicz; zastępcy: Dr Doliński, Dr Ozarkiewicz, Dr Gold, Dr Krasowski, Dr Witoszyński, Dr Gilnreiner, Dr Lewicki.

W dwóch okręgach z powodu unieważnienia wyborów muszą się odbyć wybory ponowne.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 6. do 12. IX. 1908 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 1; zmarło osób 47 (w tem obcych 18), z nich z gruźlicy 13 (4), zapalenia płuc 5 (1), błonicy 1 (1), cholery niemowląt 3. — Od 13. do 19. 1908 urodziło się dzieci żywo 45, nieżywo 2; zmarło osób 45 (w tem obcych 19), z nich z gruźlicy płuc 3 (1), zapalenia płuc 4 (—), błonicy 3 (1), krztuśca 1, płonicy 5 (3), cholery niemowląt 3 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. do 20. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 12 (w tem obcych 5), krztuśca 16 (8), płonicy 8, odry 24, duru brzusznego 6 (4), cholery dzieci 3 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. do 20. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 (w tem obcych 1), kokluszu 1, płonicy 68 † 4 (6), duru brzusznego 7 (1), *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dr Talko-Hryncewicz, lekarz okręgowy z Troickosawska został zamianowany nadzwyczajnym profesorem antropologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Minister oświaty w porozumieniu z Ministrem spraw wewnętrznych zamianował na rok szkolny 1908/9 następujące komisye egzaminacyjne dla medycznych rygorozów w Krakowie: komisarzem rządowym: Dr Gustawa Bielańskiego, zastępcą: Prof. Dr Stanisława Ponikłę; koegzaminatorami dla II rygorozum: Prof. Bujwida, Prof. Pareńskiego, Prof. Piltza, dla III rygorozum: Prof. Reissa, Prof. Pieniążka i Doc. Rutkowskiego. — We Lwowie: komisarzem rządowym: Radcę Dworu Dr Merunowicza, zastępcą: Dr Lachowicza; koegzaminatorami dla II rygorozum: Prof. Raczyńskiego, Prof. Halbana i Prof. Wiczkowskiego; dla III rygorozum: Prof. Łukaszewicza, Prof. Ziembickiego, Prof. Schramma i Prof. Bylickiego.

Lwów. W d. 12. b. m. odbył się egzamin I. wakacyjnego kursu czterotygodniowego dla położnych, urządzonego staraniem lwowskiego Towarzystwa lekarskiego. Przewodniczył: R. Dw. Dr Merunowicz, egzaminowali: Dr Czyżewicz jun. i Prof. Raczyński.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące konkursa: *a*) na nagrodę 200 rb. im. Chałubińskiego, konkurs za najlepszą pracę naukową w latach 1905 do 1908, ostateczny termin składania prac: koniec stycznia 1909; *b*) na nagrodę 150 rb. im. Helbicha za najlepszą pracę naukowo-lekarską ogłoszoną w latach 1907 i 1908; *c*) tematy, z których najlepiej opracowany, otrzyma nagrodę 300 rb z fundacyi Kaczorowskiego.

— W początkach października b. r. otwarte będzie sanatoryum dla niezamożnych chorych piersiowych w Rudce (gub. warszawska). Przyjmowani będą chorzy tylko w I. i II. stadyum gruźlicy. Koszta leczenia i utrzymania wynosić będą 1 rb. 50 kop. od osoby.

— Działający od r. 1905 komitet dla walki z cholerą rozpoczął ponownie swe czynności.

Z różnych stron. Komitet gospodarczy Zjazdu balneologicznego zawiadamia, że Zjazd projektowany na 25. i 26. b. m. w Zakopanem odracza się do roku przyszłego z powodu małej ilości zgłoszeń.

— Budapeszteński Senat akademicki uchwalił, by przestrzegać przy nostryfikacyi dyplomów austryackich tych samych surowych przepisów, co przy nostryfikacyi dyplomów zagranicznych. Lekarz, chcący przeto otrzymać nostryfikacyę dyplomu austryackiego musi zdać najpierw na jednym z uniwersytetów węgierskich II i III. egzamin ścisły, a wtedy dopiero może być dopuszczony do ponownej promocyi.

Odznaczeni: Dr Gładyszewski, inspektor sanitarny otrzymał order Franciszka Józefa.

Mianowani: Matiegka profesorem antropologii w Pradze; Tóth prof. ginekologii w Peszcie; Kraus prof. patologii ogólnej we Wiedniu; Resch dyrektorem szpitala im. Rudolfa we Wiedniu; Mader dyrektorem szpitala im. Wilhelminy we Wiedniu.

Zmarli: Edebohls, prof. ginekologii w Nowym Yorku.

Redakcya otrzymała: Turzański: Migrena oczna. Wypadek obserwowany w praktyce prywatnej. (Odbitka z »Tyg. lek.«). — Puławski: O kąpielach powietrzno-słonecznych i werandowaniu. (Odb. z »Gazety lek.«). — Janiszewski: Opieka nad chorymi gruźliczymi.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. dr Stanisław Dobrowolski.